FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

EDMOND-ADOLPHE LEBIS

Né à La Chapelle-Moche (Orne)

le 8 Mars 1904

VARICELLE ET PEMPHIGUS

Président de Thèse : M. NOBECOURT, *Professeur*

DOMFRONT
Imprimerie du « PUBLICATEUR »
F. MARSAT, Directeur

1927

Yale Law Library

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

EDMOND-ADOLPHE LEBIS

Né à La Chapelle-Moche (Orne)

le 8 Mars 1904

VARICELLE ET PEMPHIGUS

Président de Thèse : M. NOBECOURT, *Professeur*

DOMFRONT
Imprimerie du « PUBLICATEUR »
F. MARSAT, Directeur

1927

LE DOYEN . . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.

Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique otho-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BOUVIERE. BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONC.	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
N. . . .	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RICHET Fils	Physiologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

69018

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
N. . . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

En reconnaissance de tous les sacrifices auxquels ils ont consenti pour moi.

A MON FRÈRE

A MA FIANCÉE

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A M. Le Professeur NOBECOURT

Officier de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. Le Professeur Agrégé LEREBOULLET

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse

et nous a prodigué ses conseils.

A M. le Docteur GUIBÉ

Directeur de l'Ecole de Médecine de Caen

Qu'il veuille bien trouver ici

l'expression de notre respec-

tueuse sympathie.

A MES MAITRES dans les hôpitaux de Caen

A MES MAITRES d'externat à Paris

M. le Docteur BAUMGARTNER

1925-1926

M. le Professeur Agrégé GARNIER

1926-1927

M. le Professeur TERRIEN

1927

INTRODUCTION

C'est au pavillon de la diphtérie, aux Enfants malades que nous avons formé, sous l'impulsion de notre maître, Monsieur le Professeur agrégé Lereboullet, le projet de ce travail et recueilli les matériaux nécessaires à sa réalisation.

On ne s'étonnera pas du lieu, si l'on veut bien considérer que, comme tout service hospitalier d'enfants, il constitue un milieu éminemment favorable au développement des diverses fièvres éruptives. Certaines, comme la varicelle, y reviennent périodiquement.

Pour être moins fréquent, le pemphigus aigu épidémique s'y observe néanmoins de façon assez régulière, et nous-même, en avons vu naître et se propager une petite épidémie.

Les deux affections précitées, n'ont dans la pratique courante, d'autre point commun que d'être toutes deux des éruptions bulleuses, et il est en général facile de les différencier.

« La plupart du temps, lit-on dans la thèse de Legrand, on aura fait le diagnostic, sans même songer à l'affection qu'on laisse de côté ».

Or, le hasard a voulu que, récemment, les deux éruptions s'étant superposées chez le même malade, il en est résulté un aspect dermatologique particulier et frappant.

Connaissant la notion des varicelles pemphigoïdes et bulleuses, on eût volontiers pensé à une seule et même affection.

Mais l'enquête étiologique nous a permis de mettre en relief la double contagion. Les deux affections, ici simultanées, s'étaient, en effet, peu de temps auparavant, succédées chez un autre malade.

Le rapprochement de ces deux faits nous a paru soulever diverses remarques et sur les conseils de Monsieur le Dr Lereboullet qui, par ailleurs, nous a grandement facilité la tâche, nous en avons fait l'objet de notre thèse.

Nous nous proposons donc de reproduire ici les observations que nous avons pu recueillir et qui établissent, comme nous le montrerons, la marche suivie par l'épidémie.

Nous insisterons évidemment sur celle de pemphigus et varicelle successifs, et plus encore sur celle de pemphigus et varicelle simultanés. Après quoi, nous reportant à ce qui a déjà été écrit, tant sur le pemphigus que sur la varicelle, nous exposerons nos raisons de conclure à une association assez curieuse, mais purement fortuite des deux affections.

PREMIÈRE PARTIE

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

OBSERVATION I : *Pemphigus suivi de varicelle*

Ph. Henri, 5 ans.

Entre le 5 avril au pavillon de la diphtérie pour un croup secondaire à une angine commune, croup qui doit être tubé d'urgence et où l'ensemencement montre la présence de bacilles diphtériques et de staphylocoques.

Soumis à une sérothérapie intensive, le malade présente le 8 avril des accidents sériques précoces assez marqués : urticaire généralisé récidivant, accompagné d'une première évolution thermique, avec fortes oscillations entre 38° et 40°.

La fièvre tombe à 37° le 15 avril, et se maintient à ce niveau.

Mais à partir du 20 avril : 2e poussée thermique.

22 avril soir, 40°3

23 avril matin, 39°

soir, 40°.

Expliquant cette température, l'examen clinique montre l'existence d'une éruption à larges bulles qui débutant à la fesse, se généralise en quelques heures, surtout marquée au niveau du dos, de la nuque et du cou. On compte en

tout 9 éléments sur l'aspect desquels on porte le diagnostic de Pemphigus aigu épidémique.

Le 24 avril, deux nouveaux éléments apparaissent sur la face postérieure de la cuisse gauche.

A partir de cette date la température baisse progressivement et redevient normale le 27.

Le 30, on note encore une bulle d'apparition récente sur la cuisse droite.

Le 1er mai : 3e évolution thermique. Celle-ci, cependant, est moins marquée et beaucoup plus éphémère que les précédentes. Elle traduit l'apparition d'un varicelle typique : petits éléments vésiculeux succédant à des macules fugaces, clairsemés et disséminés à toutes les régions du corps, en particulier sur le tronc, la poitrine, les membres, le cuir chevelu.

Le 2 mai et les jours suivants :

Pas de nouvelle poussée éruptive.

Le 10 mai

L'enfant sort sur la demande de sa mère.

L'éruption de pemphigus est en voie de dessication. La majeure partie des éléments de varicelle a disparu ne laissant subsister que de petites taches violacées.

OBSERVATION II : *Pemphigus et varicelle simultanés*

Auf Eugénie, 5 ans.

Entre le 19 avril au pavillon de la diphtérie pour une légère angine blanche où l'examen bactériologique décèle la présence du bacille de Klebs-Lœffler. L'enfant reçoit en tout 80.000 unités de sérum désalbuminé. Au bout de trois

jours la gorge est nettoyée. Convalescence rapide. Apyrexie constante.

Le 5 mai :

Elévation thermique vespérale à 38°5, accompagnée d'un peu de malaise, de nausées et de vomissements.

Le 6 mai :

Au matin, la température atteint 39°3, sans grand abattement.

Recherchant la cause de cette poussée thermique, on s'aperçoit alors qu'il existe de larges macules dont la coloration rosée tranche sur la peau saine. Ces macules sont au nombre de sept.

3 à la face ; 2 à la fesse droite ; 2 sur le thorax. En quelques heures, chacune d'elles se recouvre d'une phlyctène dont les dimensions atteignent celles d'une pièce de 5 francs.

Les bulles sont remplies d'un liquide transparent qui, tout d'abord, les distend parfaitement, mais qui ne tarde pas à s'accumuler à leur partie déclive, tandis que leur partie la plus élevée est constituée par une mince couche d'épiderme finement plissé. Dans les heures qui suivent, la majorité des bulles se rompent, laissant sourdre un liquide légèrement louche. La couche épidermique se retracte et met à nu une surface dermique de coloration rouge brique. Elle forme à celle-ci une sorte de collerette limitée elle-même extérieurement par une légère aréole inflammatoire. L'aspect est particulièrement net à la face, où l'arcade sourcilière droite, l'aile gauche du nez et le sillon nasogénien correspondant sont le siège de vastes

ulcérations subconfluentes. Au niveau des bulles cependant, le tissu cutané ne présente aucun signe d'infiltration et se laisse facilement plisser.

Les deux bulles du thorax ne sont pas encore rompues ; leur liquide est de plus en plus lactescent.

Mais il est un fait qui frappe d'emblée l'attention : c'est qu'à côté des bulles que nous venons de décrire longuement et qui semblent suffisamment caractéristiques du pemphigus aigu épidémique, il s'est produit simultanément des éléments éruptifs d'un autre ordre.

Il s'agit, en effet, de petites vésicules, transparentes en goutte de rosée, brillantes, ayant fait suite à des macules fugaces. Leur taille n'excède pas celle d'un grain de chénevis. Elles prédominent nettement au tronc, aux régions inguinales et scapulaires. Elles sont souples au toucher et aucunement enchassées dans le derme. De légères tractions à leurs extrémités déterminent des stries donnant l'aspect parcheminé. L'enfant accuse à leur niveau un léger prurit.

On ne provoque pas le signe de Nikolsky.

Engorgement ganglionnaire inguinal.

Les muqueuses sont indemnes.

N'étaient les gros éléments bulleux, on porterait immédiatement sur cette seconde éruption le diagnostic de varicelle.

Le 7 mai.

La température est toujours au-dessus de 38°.

Le nombre des bulles s'est accru. On en note deux volumineuses à la face externe de la cuisse gauche.

Une photographie est pratiquée que nous avons jugé bon de faire figurer à l'appui de cette observation. On y remarquera que l'une des bulles d'apparition toute récente (elle n'est pas encore rompue) présente un caractère très parti-

culier. En effet, sous sa mince pellicule épidermique, elle apparaît centrée par un petit élément en tous points semblable à ceux que montre par ailleurs la photographie et qui sont sans nul doute des vésicules de varicelle.

Celles-ci sont survenues depuis notre examen de la veille, et déjà, elles présentent, pour la plupart, un contenu louche.

Le 8 mai.

La température est un peu moins élevée.

Nouvelle poussée éruptive de varicelle. Les premières vésicules s'affaissent. Certaines montrent en leur centre une petite croûtelle qui leur donne une fausse apparence d'ombilication.

Les bulles se dessèchent.

Le 9 mai.

La température est au voisinage de la normale.

De nouveaux éléments de pemphigus sont apparus. On en compte trois à la face postérieure de la cuisse droite et deux sur la face antéro-externe de la jambe du côté correspondant. L'un d'eux offre le caractère que nous remarquions déjà le 7 mai et il est à noter que toujours au centre de la bulle, la vésicule de varicelle garde ses dimensions très réduites et ses limites nettes.

Pas de nouvelle poussée de varicelle.

Du 9 au 12 mai.

La température se maintient à la normale.

Le nombre des bulles atteint 15.

L'éruption varicelleuse ne s'est pas étendue.

Le 12 mai.

La température vespérale remonte de nouveau à 38° 8.

Le 13 mai.

Deux nouvelles bulles : l'une à la face antérieure de la cuisse droite, l'autre sur le dos de la main gauche. Leur diamètre est sensiblement égal à celui d'une pièce de 50 c.

Nouvelle poussée de vésicules, donnant l'aspect typique

de la varicelle avec ses éléments à tous les différents stades de leur évolution.

Le 15 mai.

Pas d'éléments nouveaux.

La température est redescendue à 37°.

Le 17 mai.

L'éruption, tant bulleuse que vésiculeuse, semble en voie de régression.

Les bulles du début achèvent de se cicatriser. Certaines sont représentées par une large plaque d'aspect pityriasique ; d'autres, ne se signalent plus que par une coloration un peu plus violacée de la peau à leur niveau.

L'éruption a respecté la paume des mains, la plante des pieds, et les muqueuses.

Quant aux vésicules, s'il en persiste encore avec contenu louche, la plupart sont, ou disparues ou réduites à l'état de petites croûtelles noirâtres, facilement détachables.

Au cours de cette longue évolution, M. David, interne du service a pu prélever le contenu de vésicules et de bulles vierges.

L'examen direct lui a révélé quelques lymphocytes et de nombreux staphylocoques dorés sans caractères particuliers.

L'ensemencement a donné du staphylocoque avec les mêmes caractères.

OBSERVATION III : *Pemphigus*

Aug. Maurice, 10 mois.

Hospitalisé au même pavillon que sa sœur.

A fait une angine diphtérique suivie de bronchopneumonie. Présente le 11 mai, une légère éruption de pemphigus représentée par deux bulles de faibles dimensions et rapidement rompues.

Réascension thermique à 38°.

Le 18 mai. — Il ne persiste aucune trace de l'éruption.

OBSERVATION IV : *Pemphigus*

Lat Pierre, 2 ans 1/2.

Enfant admis au pavillon pour angine diphtérique (bacille diphtérique et staphylocoque) la température ne dépasse pas 38°.

Le 15 mai.

Apparition d'une bulle de pemphigus au niveau du pli nasogénien gauche.

Le 17 mai.

Pas de nouveaux éléments.

La bulle est rompue, laissant une plaie dermique des dimensions d'une pièce de 1 franc.

OBSERVATION V : *Pemphigus*

Tag. Marco, 4 ans 1/2.

Entre le 21 avril pour croup.

Bacille diphtérique.

Grosse quantité d'albumine dans les urines, légère hématurie.

L'enfant présente également une mastoïdite en évolution

Du 21 avril au 5 mai.

Température à larges oscillations.

L'albuminurie disparaît.

Le 13 mai.

Erythème sérique surtout marqué au niveau des membres et de la face.

Le 15 mai.

Température à 37°.

Apparition de 5 éléments bulleux, volumineux, groupés à la partie inférieure du dos et sur les fesses.

Le 16 mai.

Température, matin, 38° 8.

Température, soir, 39° 8.

Le 17 mai.

Température 38° 5.

Orchite gauche.

On remarque sur la paroi abdominale antérieure au niveau de la fosse iliaque gauche, une petite bulle grosse comme un pois et remplie de sérosité louche.

Une autre est apparue récemment sur la fesse gauche mais est déjà rompue.

Les premiers éléments sont en voie d'épidermisation rapide.

OBSERVATION VI : *Pemphigus*

Reb. Ginette, 2 ans 1/2.

Entre le 3 mai pour croup (bacille diphtérique et staphylocoque).

Température 38° 2.

Tubage-sérum.

Le 12 mai.

Érythème sérique, albuminurie.

Le 15 mai.

Élévation thermique à 39°.

Apparition d'une bulle de pemphigus à la fesse droite. En quelques heures, on compte 6 éléments du même ordre, voisins les uns des autres dans les régions lombaires et fessières.

Le 17 mai.

Pas de bulles nouvelles.

L'éruption du 15 est en voie de cicatrisation.

DEUXIÈME PARTIE

DISCUSSION DES FAITS

Tels sont les faits cliniques. On nous excusera d'avoir passé rapidement sur les dernières observations. Leur intérêt, en effet, nous a paru de beaucoup inférieur à celui des deux premières, et nous n'avons pas jugé utile, à propos de l'éruption, de revenir sur une description des éléments qui nous avait par ailleurs retenu longuement. Toutefois, nous avons estimé indispensable de signaler tous les cas de pemphigus survenus dans le service, ceci précisément pour illustrer ce que nous disions au début de ce travail quant à la dissémination des germes en milieu hospitalier, et bien situer dans leur cadre épidémiologique les faits que nous nous proposons d'étudier.

Ainsi donc, le 5 avril, est admis, au pavillon de la diphtérie un enfant chez lequel, après une brève rémission des symptômes généraux, on voit, le 20 avril, s'élever de nouveau la température, signe précurseur d'un pemphigus qui rapidement est à son acmé.

Les deux semaines qui s'écoulent entre l'entrée du malade et le moment où apparaît l'eruption bulleuse, établissent suffisamment que la maladie a été contractée dans le service. Les auteurs contemporains, en effet, sont d'accord pour reconnaître au pemphigus une incu-

bation qui ne dépasse pas 15 jours et qui peut être réduite à 2 jours.

Quoi qu'il en soit, un fait est certain : l'enfant présente encore au 30 avril un élément bulleux récent. Il reste donc au moins jusqu'à cette date un foyer de contagion.

Rien d'étonnant par conséquent, à ce que le 6 mai, éclate dans le même secteur du pavillon, un second cas de pemphigus. Que celui-ci soit ou non associé à la varicelle, peu nous importe pour l'instant ; ce que nous voulons montrer en ce moment, c'est uniquement le lien qui existe entre les six observations de pemphigus que nous avons rapportées.

Or, si l'étiologie du premier cas observé peut sembler obscure, par contre, celle des cinq autres nous apparaît d'une particulière netteté, d'autant plus que, du 6 jusqu'au 17 mai, la jeune Auf. Eugénie est certainement, à son tour, restée contagieuse.

Remarquons en passant que point n'est besoin d'un contact, ni même d'un voisinage plus ou moins immédiat entre les enfants, pour que se fasse la contagion. En dépit de toutes les précautions prises, celle-ci peut parfaitement être établie par l'intermédiaire du personnel hospitalier. En ce qui concerne notamment nos deux premiers cas, notre enquête étiologique nous a fourni des renseignements formels : le jeune Ph. Henri et la jeune Auf. Eugénie étaient soignés par les mêmes infirmières.

Existe-t-il le même rapport entre les deux éruptions

de varicelle qu'ont présentées ces enfants ? Il suffit de se reporter aux dates pour rejeter cette hypothèse. Six jours seulement ont séparé l'apparition des premiers phénomènes éruptifs dans l'un et l'autre cas. Or, la période d'incubation de la varicelle dure en moyenne 14 jours. Il est donc beaucoup plus rationnel d'admettre un contage commun, contage qui, d'ailleurs, s'est effectué dans le service. Les enfants y étaient en traitement depuis plus de deux semaines lorsque s'est déclarée la varicelle. Bien plus, on signalait à ce moment, dans le même pavillon quelques cas de cette affection.

Voici donc un premier point acquis :

Une double contagion peut expliquer le double aspect qu'a revêtu l'éruption chez la jeune Auf. Eugénie.

C'est de ce cas seul, que nous nous occuperons dans les pages qui vont suivre.

La possibilité d'une double contagion étant démontrée, il nous fallait alors prouver que nous étions vraiment en présence d'une association de deux affections et qu'il ne s'agissait pas d'une seule et même fièvre éruptive.

A vrai dire, les caractères disparates de l'affection nous laissèrent quelque peu hésitant, tout d'abord. C'est pourquoi, nous avons fait d'assez nombreuses recherches bibliographiques dont nous allons maintenant exposer les résultats.

LA VARICELLE PEMPHIGOIDE ET LE PEMPHIGUS

Exposé critique :

La « Varicelle pemphigoïde » fut évidemment le premier objet de nos investigations.

Le Dictionnaire encyclopédique donne de cette forme, la description assez détaillée que nous reproduisons ci-dessous :

« Les vésicules augmentent de volume au point de devenir de véritables bulles du diamètre d'une pièce de 1 franc. Vers le 3e ou 4e jour, leur contenu se trouble et prend un aspect purulent ; en même temps, leur base s'entoure d'une aréole inflammatoire et, vers le 7e jour, la bulle se rompt puis se recouvre d'une croûte jaunâtre assez épaisse dont la chute met à nu une exulcération superficielle souvent suivie d'une mince cicatrice. »

De même, il établit entre elle et le pemphigus, une distinction nette.

« Dans cette dermatose, les bulles sont presque toujours plus grandes et moins uniformes que les vésicules varicelleuses ; elles sont, en outre, moins transparentes, moins cristallines ; se troublent davantage à la période de suppuration et finissent par se rompre pour donner naissance à une croûte plus épaisse. Les phénomènes généraux du pemphigus présentent enfin un caractère adynamique qu'offrent rarement ceux de la varicelle ».

Mais en 1894, la thèse de Marie sur les éruptions dans

la varicelle marque une vive réaction contre cette manière de voir. Certes, l'auteur admet encore que les dimensions de l'élément varicelleux sont parfois exagérées, mais « nous pensons, dit-il, que la varicelle pemphigoïde, que MM. d'Espine et Picot rapprochent de la varicelle conoïde de Willan et de l'ancienne variété globopustuleuse et qui a été ainsi appelée par Trousseau et Lasègue, n'est pas une varicelle pure, mais une varicelle suivie de pemphigus. Il est possible aussi que quelques-uns des cas de ce genre soient de simples pemphigus ».

De fait, les observations parues sous le titre de varicelle pemphigoïde ou de varicelle bulleuse nous ont semblé d'une interprétation fort douteuse.

On nous permettra de rapporter ici, en la résumant un peu, celle que publiait, en 1904 M. Félix Ramond.

« V. 6 ans.

Prise brusquement dans la journée du 14 avril de malaise, anoréxie, courbature ; elle a un vomissement alimentaire.

Le 15 au matin, elle présente sur tout le corps une éruption de petites bulles claires. Les signes généraux : la fatigue, l'abattement persistent. Le 16, la mère constate de grosses cloques sur le tronc de l'enfant, et se décide à le conduire à Bretonneau.

L'attention est attirée, tout d'abord, par la présence sur tout le corps de l'enfant, tant sur l'abdomen et la poitrine que dans les régions dorsale et lombaire, de grosses phlyc-

tènes contenant un liquide légèrement trouble, lactescent : cet exsudat n'emplit pas la bulle ; il s'accumule à sa partie déclive. Il est recouvert d'une mince couche épidermique flétrie et ridée. On compte 20 grosses bulles environ, dont la dimension moyenne est celle d'une pièce de 5 fr. Le grand diamètre est de 30 à 50 mm., le petit de 5 à 10.

Les éléments les plus volumineux siégent dans les parties les plus inférieures (régions sous-ombilicale, lombaire et dorsale).

Toutes les bulles sont bien délimitées. Leur circonférence est sinueuse, moins déchiquetée que dans l'herpès. En plusieurs points, de nombreuses encoches font penser que, peut-être, ces phlyctènes volumineuses résultent de la réunion d'éléments plus petits.

Elles reposent sur une base rouge, vue par transparence à travers la mince pellicule épidermique. Elles s'élèvent sur une peau saine et ne sont pas entourées d'une aréole inflammatoire. On remarque d'autres éléments plus petits au niveau du tronc, de la face, du front, derrière les oreilles, au cuir chevelu, à la racine des membres. Les pieds et les mains sont indemnes. Toutes les bulles, grosses ou petites contiennent un liquide citrin, puis trouble. Quelques unes présentent au centre une petite croutelle noirâtre et semblent ombiliquées.

Localisation également sur les muqueuses.

Signes généraux peu accentués.

Le 17 avril.

Signes généraux nuls.

Les grosses bulles sont ouvertes, affaissées. Leur base

apparaît rose, en voie d'épidermisation. Au centre de chacune de ces plaques erythémateuses, on remarque une petite croûtelle jaunâtre encerclée d'une zône inflammatoire plus rouge que le reste de la région.

Le 18 avril.

Tous les éléments sont en voie de guérison.

Le 23 avril.

Guérison complète.

Il n'y a aucune poussée nouvelle de bulles ».

« Il s'agit, dit l'auteur, non d'une varicelle compliquée de pemphigus, mais d'une forme spéciale de cette fièvre éruptive, dans laquelle les éléments bulleux peuvent acquérir des dimensions considérables et simuler le pemphigus ».

Or, sur quels faits se base-t-on pour poser le diagnostic de varicelle pemphigoïde et éliminer les pemphigus?

Est-ce sur la simultanéité des deux éruptions ? Nous avons suffisamment montré, par ailleurs, que cette simultanéité est possible et qu'elle ne donne pas le droit de conclure à une seule et même affection.

Est-ce sur le caractère non ulcératif des lésions bulleuses et leur cicatrisation rapide ?

M. le Professeur Marfan nous a donné du pemphigus aigu épidermique une description assez précise pour que ces arguments ne nous satisfassent aucunement.

Tout au plus pourrions-nous attribuer quelque valeur à cet aspect festonné que présente le contour de certaines bulles. Mais ce seul fait ne nous paraît pas

très convaincant, comparé à tous les symptômes qui dans cette observation très détaillée plaident, comme le remarque d'ailleurs très justement M. Félix Ramond lui-même, en faveur du pemphigus.

Aussi préférons-nous beaucoup les réserves formulées par Pye Smith au sujet des cas qu'il relate en 1897, bien qu'encore, lui aussi sous le titre de « Bullons Varicella ».

Voici les observations en question.

« Cas I.

Charlotte D.

Éruption généralisée, bulleuse. Mort rapide.

Cas II.

Thomas D.

Vu à la consultation le 4 décembre. Il présente alors une éruption sur le dos et sur la poitrine, qui paraît être une varicelle ordinaire. Il présente également une petite bulle sur la lèvre inférieure.

Le 6 décembre.

Une ou deux bulles sont apparues sur la poitrine. On pense que cet état est dû à la varicelle et au pemphigus.

On remarque plusieurs bulles rompues à la partie antérieure du tronc et trois à la nuque. Quelques pustules de varicelle dans le cuir chevelu.

Aucune élévation de température.

Traité par l'oxyde de zinc.

Les plaies guérissent rapidement et il n'en apparaît aucune nouvelle.

L'enfant sort complètement guéri le 19 décembre.

Cas III.

Delly D., 11 mois.

Admise le 7 décembre.

Le 4 décembre, a présenté une abondante éruption sur le dos. L'éruption est caractéristique de varicelle. Il n'y a pas de bulle. Le 6 décembre, les pustules de varicelle sont disparues et de multiples phlyctènes apparaissent. On ne peut établir de façon absolue si les bulles résultent de la transformation des pustules, mais cela semble probable.

Nombreuses pustules de varicelle sur le cuir chevelu.

Le 7 décembre.

Toutes les bulles sont rompues.

Traitement. Pas de nouvelle poussée.

Guérison.

Cas. IV.

Enfant de 5 ans.

Contracte la varicelle alors qu'il est en traitement pour tumeur blanche du genou, dans une salle de chirurgie.

Est transporté dans le pavillon où sont déjà les trois autres varicelleux.

L'affection se poursuit, pendant deux jours selon le mode ordinaire.

A ce moment on note alors l'apparition de 2 bulles.

Quelques-unes des pustules ont été marquées d'un cercle au crayon pour les distinguer et par deux fois on trouve que la pustule s'est transformée en bulle.

On fait l'examen bactériologique du liquide. Le milieu sur lequel il est planté reste stérile. »

On aimerait que ces observations fûssent plus circonstanciées et qu'elles précisassent davantage les divers caractères des éléments éruptifs. Telles qu'elles sont, cependant, elles demeurent très suggestives.

Plus intéressantes encore sont les conclusions qu'en tire l'auteur anglais :

« Ces cas, ajoute-t-il, sont sans nul doute des exemples d'une éruption bulleuse ressemblant de très près au pemphigus, et succédant à la varicelle. La question est de savoir si l'éruption est strictement et entièrement le résultat de la cause spécifique de la varicelle ou si elle n'est pas due à une autre affection concomittante ou secondaire, de même qu'on voit des lésions cutanées banales se transformer en éléments pustuleux par infection secondaire à streptocoque.

Il est curieux que trois enfants de la même famille aient été tous atteints de varicelle bulleuse et encore plus curieux qu'un quatrième cas de varicelle, placé dans la même salle, ait présenté deux jours plus tard une éruption de bulles. Il semble qu'il s'agit d'une double affection ».

Ainsi se trouve très fortement ébranlée la conception d'une varicelle pemphigoïde, unité clinique.

M. Brocq, va plus loin. Il émet l'hypothèse que, vraisemblablement, l'épidémie qu'en observèrent à Necker en 1850, Lassègue et Trousseau n'était que du pemphigus.

Ceci nous amène à dire quelques mots maintenant

du pemphigus aigu épidemique, pemphigus épidemique des nourrissons ou de la seconde enfance.

Cette affection est de notion relativement ancienne. Il semble que Shenck en 1588 en ait rapporté des cas. De même André Loew en 1688 en signale une épidémie à Presbourg.

Cependant, malgré de nombreux travaux, ceux de Billard, d'Olivier et Rouvier, d'Hervieux, d'Hourolle, pour ne citer rapidement que quelques noms, elle reste durant fort longtemps plus ou moins confondue avec les autres affections bulleuses groupées sous le nom générique de pemphigus.

C'est seulement en 1875 que E. Vidal, en démontre l'inoculabilité et l'autoinoculabité. Plus tard, M. Brocq s'élève contre le nom de pemphigus qui lui est attribué, en fait une variété de « l'impétigo contagiosa », de Tilbury-Fox et donne de la maladie une description qui en fait vraiment une entité clinique.

Tout récemment encore, M. le Professeur Marfan et son élève Legrand, nous ont rapporté les cas par eux observés à l'hôpital des Enfants Assistés.

A l'heure actuelle, par conséquent, l'allure clinique du pemphigus est bien fixée :

A la thèse de Legrand intitulée « Nouvelle contribution à l'étude du pemphigus épidémique des nouveaux nés » nous empruntons les termes de la description qui suit :

L'affection débute par une atteinte plus ou moins nette de l'état général et assez souvent par une « bulle

prodromique » Quoi qu'il en soit, à sa période d'état, elle est caractérisée par des bulles.

Celles-ci résultent d'un soulèvement de la couche cornée de l'épiderme par un liquide qui, d'abord clair, devient très rapidement lactescent. Mais elles restent des lésions très superficielles et sous elles, le derme n'est ni œdématié, ni infiltré.

Les éléments se développent progressivement, se rompent très vite ou s'étendent par leurs bords. Après rupture, la mince couche épidermique se rétracte, mettant à nu une surface excoriée en général large, et qui peut encore s'agrandir par décallement de proche en proche mais qui ne tarde pas à rosir et à se cicatriser par dessication et épidermisation.

« Dans certains cas, ajoute Legrand, la cicatrisation ne se fait pas à sec ; le derme dépouillé de son épiderme secrète un liquide qui se transforme en croûtes ». M. le Professeur Marfan considère d'ailleurs cette éventualité comme une manifestation d'infection secondaire.

Le siège de prédilection des éléments est à la nuque, à la région scapulaire, au dos, puis aux plis articulaires, à la fesse, à la face. L'évolution de la maladie se fait par poussées successives qui rappellent celles de la varicelle. Les signes généraux sont en général nuls. Qu'on veuille bien maintenant se reporter à l'observation de la jeune Auf. Eugénie, et l'on constatera que les gros éléments bulleux remarqués chez elle corres-

pondent exactement à cette description de l'éruption de pemphigus.

Quant à l'éruption de varicelle qu'elle présentait également, il ne nous semble pas possible de mettre en doute son authenticité.

Ici, nous attirons l'attention sur un caractère négatif particulier des phénomènes éruptifs, caractère qui, à notre avis, est d'une grosse importance. Entre les bulles de pemphigus et les vésicules de varicelle, nous n'avons découvert aucune lésion qui puisse former une transition.

Nous avons vu d'autre part que ce qui fut décrit sous le nom de varicelle bulleuse ou de varicelle pemphigoïde n'est fréquemment pas une affection unique, mais résulte, ainsi qu'en témoignent les observations anglaises reproduites ci-dessus, d'une double infection.

Nous étions donc bien en présence d'une association de varicelle et de Pemphigus et non d'une fièvre éruptive spéciale à caractère plus ou moins polymorphe.

Nous ne croyons pas que cette association ait déjà été signalée nettement dans la littérature médicale. Tout au plus, comme nous l'avons montré, le fut-elle sous le titre de « varicelle bulleuse ». C'était là, pensions-nous, une omission à réparer.

Mais cette association de la varicelle et du pemphigus est-elle purement fortuite ? Tel est le dernier point qu'il nous restait à élucider. C'était poser la question des rapports pathogéniques entre les deux affections.

L'hypothèse d'une double manifestation cutanée

d'une même affection à virus dermotrope nous a paru un moment séduisante. Mais le fait qu'il n'existait chez notre malade aucun élément intermédiaire entre la bulle et la vésicule et, par ailleurs, l'évidence de la double contagion, ne nous ont pas permis de nous attarder à cette conception.

Bien entendu nous ne tirons aucune conclusion de ce fait que nous avons observé le staphylocoque, à la fois dans les lésions de pemphigus et dans celles de varicelle. Le staphylocoque est, en effet, un hôte banal de la peau et il est bien difficile de lui attribuer un rôle exact dans l'étiologie des affections cutanées que nous avons étudiées.

Quant au pronostic de l'association varicelle et Pemphigus, autant que nous en puissions juger par le cas qu'il nous a été donné d'observer, nous ne croyons pas que les deux affections simultanées se compliquent réciproquement.

Tout au plus peut-on dire que l'évolution de la maladie se trouve, de ce fait, être un peu plus longue.

TRAITEMENT

Nous en aurons fini lorsque nous aurons dit le traitement qui fut appliqué dans le service de notre maitre M. le Docteur Lereboullet, aux différents malades dont nous nous sommes occupés ici.

Pour la varicelle il est très simple : Dès la première poussée éruptive, il consiste en l'administration d'une purgation à l'huile de paraffine. Celle-ci nous a paru, dans tous les cas, atténuer considérablement l'importance des poussées ultérieures.

Pour le pemphigus, divers procédés thérapeutiques ont été préconisés.

« Le traitement local du pemphigus épidémique des nouveaux-nés, écrit M. le Professeur Marfan, consiste dans la suppression des bains ; dans des lavages à l'eau iodée à 1 pour 500 ; dans l'application d'un mélange à parties égales de vaseline et de lanoline stérilisées suivie d'un pansement occlusif sur les parties où ce pansement est possible ; dans le poudrage avec du talc stérilisé ou du dermatol sur les autres parties atteintes ».

M. Brocq recommande l'eau d'Alibour ou une solution de nitrate d'argent dont le titre varie suivant les cas du 20e au 100e.

Pour nous, nous avons comparé sur l'une de nos malades l'action du bleu de méthylène et celle du baume du Pérou.

Après nettoyage à l'ether ou à l'alcool, certains éléments furent touchés au bleu, d'autres traités par le baume. Il semble que cés derniers aient présenté un processus d'épidermisation remarquablement rapide.

CONCLUSION

1° Le Pemphigus et la Varicelle sont deux affections différentes qui peuvent se succéder ou s'associer chez un même malade.

2° Si la succession permet une différenciation facile, l'apparition simultanée peut soulever quelques difficultés de diagnostic avec la « Varicelle bulleuse ». Les caractères objectifs à eux seuls permettent toutefois de distinguer les deux éruptions.

3° La notion de la contagion successive des deux affections explique leur superposition.

4° Elles ne paraissent pas s'aggraver réciproquement et la staphylococcie secondaire des bulles cède à des soins locaux appropriés.

Vu, le Président de thèse — *Vu le Doyen*

M. NOBÉCOURT — M. ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

HERTLÉ. — Du pemphigus du nouveau né et de sa nature. Strasbourg, 1847.

LARTIGUE. — Sur deux cas de pemphigus chez des enfants. Bordeaux, 1898.

BULLETIN MÉDICAL DE LA SUISSE ROMANDE 1902, XXII, 2 cas de pemphigus.

ADAMSON. — Pemphigus néonatorum in the light of. recent. research. Brit. J. Dermatalog. London, 1903.

COMBY. — Du pemphigus. *Revue internationale Méd. et Chirurg.* 1901.

CAFFIN. — Le pemphigus. J. Mal. cutanées et syphil. 1902.

MARFAN. — Le pemphigus aigu épidémique. Paris médical, 1922.

LEGRAND. — Nouvelle contribution à l'étude du pemphigus épidémique des nouveaux nés. Th. Paris, 1923.

HALLEY. — Acquisitions récentes sur le pemphigus des nouveaux-nés. Pédiatrie pratique, 1922.

NOTE ON THE CAUSE OF PEMPHIGUS CONTAGIOSUS INDIAN. M. Mag. Calcutta, 1924.

VINCENT KAVEL. — Contribution à l'étude du pemphigus épidémique du nouveau-né.

BROCQ. — Article pemphigus, dans Dermatologie pratique.

MARIE. — Les éruptions dans la varicelle. Th. Paris, 1894.

GALLIARD. — Varicelle, anomalies, complications. Méd. moderne, Paris, 1894.

Pye Smith. — 4 cases of bullous varicella. Brit. J. Dermat. London, 1897.

Ramond (Fel). — Varicelle pemphigoïde. Péd. pratique Lille, 1904.

Hensel. — A case of chicken-pox complicated by scarlet fever and impetigo contagiosa. St-Paul. Med. J. 1912